UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 53

DE

L'Infarctus Intestinal

par Oblitération des Vaisseaux mésentériques

AVEC

Syndrome d'Étranglement herniaire

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1928

PAR

Gabriel-Alain-Laurent MANDILLON

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Interne des Hôpitaux de Bordeaux

Né à Escassefort (Lot-et-Garonne), le 21 Septembre 1905

Examinateurs de la Thèse :	MM. CHAVANNAZ,	professeur..	*Président.*
	ROCHER,	professeur..	*Juges.*
	PAPIN,	agrégé.....	
	LOUBAT,	agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE AL. SÉGALAS-BÉROU

34 — Rue Sainte-Colombe — 34

1928

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548412_0013

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 53

DE

L'Infarctus Intestinal

par Oblitération des Vaisseaux mésentériques

AVEC

Syndrome d'Étranglement herniaire

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1928

PAR

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Gabriel-Alain-Laurent MANDILLON

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Interne des Hôpitaux de Bordeaux

Né à Escassefort (Lot-et-Garonne), le 21 Septembre 1905

Examinateurs de la Thèse :

MM.	CHAVANNAZ,	professeur..	*Président.*
	ROCHER,	professeur..	*Juges.*
	PAPIN,	agrégé.....	
	LOUBAT,	agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE AL. SÉGALAS-BÉROU

34 — Rue Sainte-Colombe — 34

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	VERGER.
id.	CASSAET.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.
id.	BÉGOUIN.
Pathologie et Thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'Accouchements	ANDÉRODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Physiologie	PACHON.
Hygiène	AUCHÉ.
Médecine légale et déontolog.	LANDE.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	RÉCHOU.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.
Pharmacie	DUPOUY.
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
Médecine expérimentale	MAURIAC.

	MM.
Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER.
Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Médecine coloniale et clin. des maladies exotiques	BONNIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngol.	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.

MM. DELAUNAY (Physiologie) MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	DUBECQ.
Histologie	LACOSTE.
Anatomie pathologique	MURATET.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.
Médecine générale	CREYX.
id.	AUBERTIN.
id.	DAMADE.
id.	PIÉCHAUD.
id.	N.

	MM.
Maladies mentales	PERRENS.
Chirurgie générale	PAPIN.
id.	JEANNENEY.
id.	CHARRIER.
id.	LOUBAT.
Obstétrique	PERY.
id.	FAUGÈRE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
Dermatologie et Syphiligraphie	JOULIA.
Pharmacie	GOLSE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.
Médecine opératoire	PAPIN
Accouchements	FAUGÈRE.
Ophtalmologie	CABANNES.
Puériculture	N.

	MM.
Démonstrations et préparations pharmaceutiques	N.
Pharmacie chimique	GOLSE.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle ..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A la Mémoire de mon Grand-Père

LE DOCTEUR J. MANDILLON

Médecin des Hôpitaux de Bordeaux

A la Mémoire de ma Grand'Mère

A la Mémoire de mon Grand-Père

Monsieur Ch. LEFÈVRE

Chevalier de la Légion d'Honneur

A la Mémoire de mon Oncle

Louis LEFÈVRE

A MA GRAND'MÈRE

Madame Charles LEFÈVRE

A MA GRAND'TANTE

Madame Bl. FRESQUET

A MA TANTE

A la Mémoire du PROFESSEUR PICQUE

Médecin-chef de l'Hôpital Militaire de Talence

A la Mémoire de Monsieur le PROFESSEUR DEMONS

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Bordeaux

Qui sauva mon père.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

1925. - Docteur PARCELIER
Docteur LEFÈVRE

1926. - Professeur agrégé LOUBAT
Professeur W. DUBREUILH

1927. - Docteur BOUSQUET
Docteur LACOUTURE

Internat :

1928. - Professeur MICHELEAU
Docteur PARCELIER
Professeur DUVERGEY.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHENUT

Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR René VILLAR

Ex-Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUBAT

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'inspira le sujet de ce travail.
Faible témoignage d'un de ses Elèves.

A MES CAMARADES

LES DOCTEURS FORTON, DESPONS, FONTAN, GUERIN, DE GRAILLY, MANGÉ et DERVILLÉE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL INSPECTEUR

LANNES

Directeur de l'Ecole du Service de Santé

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX

A MES MAITRES

DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES CAMARADES

DE L'EXTERNAT ET DE L'INTERNAT

A MON JURY DE THÈSE

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Instruction Publique

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de ma thèse.

INTRODUCTION

Dans le tableau clinique réalisé par l'infarctus intestinal nous trouvons, assez souvent, comme signe l'occlusion intestinale. Dans des cas assez nombreux même (seize sur vingt-quatre dans le travail de Sauve) c'est un des premiers symptômes en date.

Mais nous n'avons noté que très rarement (six fois sur plus de deux cent quatre-vingt observations dépouillées) la co-existence d'une hernie et de la thrombose mésentérique. Aussi notre Maître, le Professeur agrégé Loubat nous a-t-il incité à étudier, à propos de plusieurs cas personnels, le syndrôme clinique réalisé par l'oblitération des vaisseaux mésentériques donnant de l'occlusion intestinale avec, en même temps, des phénomènes d'étranglement ou de pseudo-étranglement du côté de la hernie concomitante.

Les dix observations que nous avons pu réunir dans la littérature jointes aux six cas inédits que nous ont communiqués des chirurgiens bordelais portent à seize les faits cliniques qui sont utilisables pour tacher d'individualiser le syndrome qui fait l'objet de notre étude et, en même temps, voir les rapports qui peuvent exister entre la thrombose mésentérique et la hernie étranglée. Trois de ces observations ne rentrent pas à proprement parler dans le sujet.

Nous ne retiendrons d'ailleurs que les cas où l'oblitération mésentérique est nettement établie, c'est-à-dire ceux où il y avait infarctus intestinal par thrombose ou embolie vasculaire.

Cet infarctus est caractérisé par les hémorragies intersti-

tielles des tuniques intestinales sur tout le territoire des vaisseaux oblitérés. Il ne paraît pas pouvoir être confondu avec les altérations de congestion et d'occlusion limitée à l'anse intra-sacculaire de la hernie étranglée et qui reconnaissent pour cause la strangulation de l'intestin et de son pédicule par le collet du sac. Cependant la distinction n'a pas toujours été faite, c'est ainsi que nous ne pouvons tenir aucun compte de l'observation de Laroyenne publiée dans la « Gazette des hôpitaux » de 1907 et citée par Mauclaire et Jacoulet comme thrombose mésentérique chez un porteur de hernie. Il s'agit en réalité d'une hernie en W, avec étranglement rétrograde. Les figures données par Laroyenne, son texte, sont tout à fait démonstratives. Il en est de même d'une observation de Loop étiquetée infarctus intestinal, dans laquelle il est question d'anse étranglée et gangrenée.

CHAPITRE II

Rappelons en quelques lignes les caractères essentiels de l'oblitération des vaisseaux mésentériques, que nous tirons de l'article s'y rapportant de MM. Chavannaz et Guyot, in « Traité de chirurgie » de Le Dentu et Delbet, 1913.

Cette affection est restée pendant longtemps du domaine des connaissances anatomo-pathologiques et les observations d'avant 1890 se rapportent à des constatations nécropsiques. Grâce aux progrès de la chirurgie abdominale, ces lésions ont été bien étudiées et actuellement le nombre des observations publiées et des travaux s'y rapportant est relativement important.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'oblitération des vaisseaux mésentériques amène, d'après Springel, deux conséquences anatomiques différentes : la gangrène ischémique et l'infarctus intestinal. La première est tout à fait exceptionnelle, tandis que le second constitue au contraire la forme habituelle. Nous n'insisterons pas sur l'anatomie pathologique des lésions; signalons cependant que pour les auteurs classiques, le siège le plus fréquent est la partie initiale de l'intestin grêle.

L'étiologie de cette affection est mal connue. Elle frapperait surtout des sujets de 40 à 50 ans, saturnins ou syphilitiques, surtout du sexe masculin. Comme cause, l'oblitération artérielle reconnaît l'embolie ou la thrombose. L'oblitération veineuse est souvent consécutive à une infection ou du foie ou de la rate.

Quant à sa pathogénie, nous devons envisager séparément :

1° *Oblitération artérielle.* — Il y aurait oblitération de l'artère produisant rapidement une altération de la paroi capillaire puis reflux de sang dans les capillaires entraînant la rupture et l'infiltration sanguine du territoire primitivement ischémié.

2° *Oblitération veineuse.* — Pendant longtemps on a cru que sa lésion ne suffisait pas à créer l'infarctus, mais Mauclaire a bien mis en évidence le mécanisme de cette sorte d'infarctus intestinal. Dans une première phase, stase sanguine et œdème, dans une seconde, fluxion artérielle et surtout infection des tissus. Cette dernière facilite l'altération des parois vasculaires et l'infiltration hémorragique.

3° *Oblitération artérielle veineuse et simultanée.* — Dans ce cas, les phénomènes sont très intenses et très précoces.

La symptomatologie, que nous allons rappeler brièvement maintenant, est la suivante.

Au point de vue clinique, il faut distinguer deux formes :

a) Forme diarrhéique,

b) Forme simulant d'emblée l'occlusion.

Dans le cas de l'infarctus de cause artérielle, la symptomatologie est surtout caractéristique par la succession des signes.

Le début se fait le plus souvent d'une façon brusque et dramatique par de violentes douleurs abdominales localisées le plus souvent dans la région périombilicale. Fréquemment il y a hypothermie. Dans d'autres cas plus rares, il y a un début en deux temps par deux crises successives séparées par un intervalle libre.

A la période d'état, il existe des troubles généraux traduisant soit des signes de choc nerveux soit des symptômes d'hémorragie interne.

En outre, il y a des troubles fonctionnels très importants. Les premiers observés et les plus constants sont :

la douleur et les vomissements auxquels s'ajoutent d'une manière moins fréquente la diarrhée et les hémorragies intestinales.

Les signes physiques sont peu nets. Au début les douleurs rendent le palper abdominal impossible. A une période plus avancée il y a météorisme abdominal. Dans quelques cas on peut sentir une tumeur mollasse, empâtée et immobile.

La terminaison se fait en période d'occlusion et les complications terminales notées sont des entérorragies graves et des péritonites par perforation.

Le pronostic d'après Zesas est très grave : la mort serait la terminaison habituelle de l'affection et s'observerait dans 94 % des cas. L'évolution de la maladie est généralement rapide, la terminaison fatale surviendrait trois ou quatre jours après l'apparition des premiers signes.

Comme formes cliniques Gallavardin en a décrit trois :

— Une forme complète, celle que nous avons décrite.
— Une forme incomplète.
— Une forme simulant l'occlusion intestinale d'emblée.

Thévenot et Rey décrivent en plus une forme simulant une tumeur abdominale. Pour terminer, disons que le diagnostic est toujours difficile et l'infarctus intestinal ne sera souvent qu'une trouvaille d'autopsie ou d'opération et les erreurs de diagnostic ne se comptent plus.

Le traitement de l'infarctus intestinal étant le même que celui des faits que nous allons étudier, nous ne l'envisageons pas ici.

CHAPITRE III

Voici comment se présentent aux cliniciens les faits que nous voulons étudier.

Ceux-ci ne sont pas tous semblables et comparables entre eux; aussi proposons-nous la classification suivante :

1° Dans un premier groupe, nous allons réunir les cas où il y a un syndrome d'étranglement herniaire très net qui incite le chirurgien à opérer et fait accepter immédiatement l'intervention par le malade. A l'opération on trouve un intestin infarci.

Les constatations opératoires nous font diviser ce groupe lui-même en deux sous-classes :

a) La longueur d'intestin infarci dépasse largement la longueur de l'anse herniée.

— Cas type (obs. Loubat n° 1).
— Cas Chenut (obs. n° 2).
— Cas de Courtin et Lefèvre (obs. n° 3).
— Cas de Von Baracz (obs. n° 4).
— Cas de Stœhlin (obs. n° 5).

b) L'anse infarcie ne dépasse pas la longueur de l'anse herniée.

— Cas Brin II (obs. n° 6).
— Cas Thouvenin (obs. n° 7).

2° Dans un deuxième groupe, nous rangerons celles où il existe une hernie douloureuse et difficilement réductible mais où, soit le malade, soit un médecin ont pu, en pratiquant le taxis, réduire la hernie.

Ce sont les observations suivantes :

— Cas Loubat III (obs. n° 8).

— Cas Courbin (obs. n° 9).

— Cas Brin I (obs. n° 10).

— Cas Philipowicz (obs. n° 11).

Dans ce même groupe et dans une classe un peu à part, nous rangerons :

— Cas Patel (obs. n° 13),

car dans ce cas la hernie n'apparaît qu'après le début de l'accident.

Nous en rapprocherons aussi :

— Cas Rendt (obs. n° 12).

Il s'agit ici d'une lésion pouvant être considérée comme, peut être, une évolution à longue échéance des faits étudiés.

Ces deux premiers groupes constituent à proprement parler les faits bases de notre étude.

3° Chez le malade, il existe une hernie irréductible pour une cause quelconque (adhérences du contenu au sac le plus souvent) et il se produit chez celui-ci une thrombose mésentérique. Entre les deux ordres de faits il y a simple coïncidence.

— Cas Loubat II (obs. n° 14).

4° Nous signalerons, en dernier lieu, les observations de M. Léo (obs. n° 15) et de M. Fiolle (obs. n° 16) comme types de lésions intermédiaires entre celles que nous étudions et les lésions de thrombose du mésentère que l'on rencontre au niveau des anses intestinales étranglées et gangrenées. Ces derniers faits sont beaucoup plus fréquents en clinique et presque tous les chirurgiens en ont rencontrés au cours de leur pratique journalière.

CHAPITRE IV

TABLEAU CLINIQUE

Le tableau symptomatique de l'affection, dans les cas les mieux individualisés (observations de notre premier groupe), se trouve être le suivant.

Il s'agit d'un homme âgé le plus souvent, ayant dépassé la soixantaine, qui, depuis de nombreuses années, était porteur d'une hernie inguinale droite le plus souvent.

Cette hernie a progressivement augmenté de volume. Elle n'a jamais été maintenue par un bandage ou, si le malade portait un appareil, celui-ci était insuffisant et donnait une contension incomplète. Elle était toujours réductible, très facilement dans la plupart des cas, parfois seulement dans la position du décubitus dorsal.

Ce malade est, un jour, en pleine santé, pris brusquement de douleurs abdominales violentes dont le siège peut être variable (hernie, ombilic, totalité de l'abdomen). Il les compare à des coliques. Il les rapporte à la hernie dont il est porteur et, son attention attirée sur celle-ci, il constate des modifications à son niveau : augmentation de volume, de tension, irréductibilité.

Le médecin appelé, qui examine cet homme dans les premières heures qui suivent le début des accidents, constate les symptômes ci-dessus et, en plus, de la matité à la percussion, de l'hyperesthésie à la palpation.

Poursuivant son examen, il se rendra compte que cette hernie est peut-être moins tendue que dans les cas d'étranglement ordinaire, que la douleur n'est pas plus intense au niveau du collet qu'au niveau du reste du sac; que le collet est plus large qu'il n'est coutume, parfois même aussi large que le sac (Thouvenin); qu'il persiste dans certains cas un léger degré d'impulsion à la toux. Il peut avoir l'impression qu'un taxis tant soit peu énergique réduirait la hernie.

Les douleurs spontanées qu'accuse le malade sont des *douleurs très violentes* qui peuvent arracher des cris au patient; douleurs qui ne s'irradient pas mais dont la localisation est variable tant comme siège que comme étendue.

L'observateur constate en même temps un météorisme abdominal, léger le plus souvent, une immobilisation plus ou moins marquée de la paroi abdominale qui ne suit plus les mouvements respiratoires; mais il ne voit pas d'anses intestinales se dessiner sous la paroi. La palpation abdominale est douloureuse, révèle une contracture des muscles pariétaux, légère dans certains cas, beaucoup plus accusée dans d'autres. La percussion ne donne pas de zones de matité ni de sonorité caractéristique.

Il y a en même temps arrêt complet des matières et des gaz; des nausées; les vomissements sont inconstants, alimentaires ou bilieux, très rarement fécaloïdes surtout durant les premières heures.

L'état général est très rapidement atteint : le pouls s'accélère (90-100 et même 120 pulsations à la minute). Il n'y a presque pas, ou point du tout, d'hyperthermie; mais le facies est altéré, les traits sont tirés, les extrémités légèrement refroidies. Le malade est anxieux avec parfois un peu de dypsnée sine materia : tous signes d'une intoxication rapide et intense de l'organisme.

Et le malade continue toujours à souffrir réclamant à grands cris un soulagement par un moyen quelconque.

L'examen des autres appareils ne nous montre que peu de chose : au niveau de l'appareil cardio-vasculaire des signes

d'athéromatose (artères indurées à la palpation, bruits du cœur claqués) (Chenut), mais pas de lésions nettes du cœur gauche ni d'infection sanguine, cet athéromatose, étant peut-être une simple coïncidence, mais pouvant aussi siéger sur les artères mésentériques.

Pensant à un étranglement herniaire, le chirurgien intervient. Cette intervention est d'ailleurs acceptée très facilement par le malade.

On trouve à l'ouverture du péritoine, au niveau du sac, une anse infarcie sur une longueur variable : dans un premier groupe, les limites de l'infarctus dépassent de beaucoup la limite de l'intestin hernié; dans un second groupe, seul ce dernier est atteint. Au niveau du collet pas d'étranglement vrai, le doigt fait facilement le tour de l'anse intestinale; l'intestin se laisse attirer sans débridement de l'anneau en dehors de la cavité abdominale. Tel est le syndrome rencontré au début des accidents que nous étudions. Si nous laissons évoluer, nous voyons apparaître des phénomènes de péritonite généralisée comme dans le cas de Courtin et Lefêvre.

Voici les observations qui constituent la base de cette étude clinique :

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Thrombose mésentérique avec syndrome d'étranglement herniaire. Résection de 80 centimètres d'iléon. Guérison. Suites éloignées.

Dû à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Loubat.
(Inédite.)

R... P..., 62 ans, maçon, entre le 5 janvier 1920, dans le service de M. le Professeur Chavannaz, pour une hernie inguinale droite probablement étranglée.

Dans ses antécédents, on ne relève guère de faits intéressants. Cet homme, de bonne santé habituelle et sans habitudes alcooliques, n'a jamais souffert de l'abdomen, sauf en 1912, où il a présenté l'étranglement d'une hernie inguinale gauche dont il était porteur depuis cinq ans. L'opération de la Kelotomie, avec cure radicale faite à ce moment là a été suivie de récidive rapide, en même temps qu'apparaissait du côté droit une autre hernie inguinale. Celle-ci, bientôt volumineuse, mal contenue par un bandage, sortait sous l'influence des efforts, de la toux. La réduction, un peu laborieuse, n'était possible que dans le décubitus dorsal et notre homme ne manquait pas de faire cette petite opération chaque soir, en se couchant.

Le 5 janvier 1920, en se rendant à son travail, à six heures et demie, il ressent tout à coup de violentes douleurs dans tout le ventre, sous forme de coliques qui s'étendent même

dans la hernie droite, malgré la présence du bandage. Attribuant à cette hernie la cause des douleurs, il essaie de la réduire, car tout de suite, elle est devenue volumineuse. Il ne peut y parvenir. Il éprouve quelques nausées. Les douleurs augmentant d'intensité, il se rend à l'infirmerie du chantier d'où il est dirigé sur l'hôpital Saint-André. Il n'a eu aucune évacuation de gaz ou de matières par l'anus.

L'état général est bon. La température est à 36°8, le pouls bat à 88; les artères sont scléreuses. L'abdomen légèrement météorisé, est un peu distendu et se défend sous la pression forte. La hernie inguinale droite du volume du poing est tendue, sonore, douloureuse. Une compression douce ne peut la réduire. On porte le diagnostic d'étranglement herniaire inguinal droit, et, sans essayer de taxis énergique, le malade est amené à la salle d'opérations, quatre heures après le début des accidents.

Opération. — Anesthésie générale au chloroforme. Incision de la hernie. A l'ouverture du sac, il s'écoule une assez grande quantité de liquide séreux, légèrement rosé et on aperçoit aussitôt une anse d'intestin grêle, de 30 centimètres de longueur environ, d'aspect très anormal. L'intestin est distendu, épaissi, cédémateux, sa couleur est rouge vineux, presque noirâtre. Le doigt, porté sur le collet de la hernie, constate qu'il n'y a pas d'étranglement. Sans aucun débridement, l'intestin peut être attiré au dehors et nous constatons alors, avec surprise, que cet aspect de boudin noirâtre se poursuit sur la partie intra-abdominale de l'intestin sur plus de quinze centimètres de part et d'autre de l'anse intra-sacculaire. Sur la partie de l'anse herniée qui correspond au collet du sac, la présence d'un anneau un peu moins foncé indique une légère compression de l'intestin, mais, à n'en pas douter, il n'y a pas là de véritable étranglement. Devant l'aspect caractéristique de l'intestin et du mésentère correspondant qui est épaissi, rougeâtre et marbré de suffusions sanguines, on porte le diagnostic d'infarctus par thrombose mésentérique.

Hernio-laparotomie. — La lésion s'étend sur 60 centimètres environ de la dernière portion de l'iléon, jusqu'à près de 15 centimètres de la valvule-iléo-cæcale. A ses limites supérieure

et inférieure, l'intestin reprend sans transition son aspect normal. Résection de 80 centimètres d'intestin grêle avec le coin mésentérique correspondant. La partie du grêle restant en amont de l'abouchement iléo-cæcal mesure à peine dix centimètres. Anastomose termino-terminale par enterorraphie. Suture de la paroi en trois plans renforcée par quatre points totaux au fil d'argent.

Examen de la pièce. — L'anse intestinale réséquée a été présentée à la Société Anatomo-clinique (1). On y constate les lésions classiques de l'infarctus d'origine mésentérique. Sa paroi, distendue, est épaissie, infiltrée de sang; la cavité intestinale est également remplie de sang liquide, noirâtre. Sur toute la partie correspondant à l'infarctus, le mésentère est épaissi également, infiltré de sérosité sanglante, les vaisseaux sont thrombosés, mais leur dissection attentive n'a pas été faite.

L'examen microscopique pratiqué par M. le Dr Pierre-Nadal montre qu'il s'agit de lésions d'apoplexie intestinale étendue, frappant de nécrose tout un segment du grêle.

L'infiltration œdémateuse abondante, les hémorragies interstitielles intéressent toutes les tuniques, mais épaississent surtout la sous-muqueuse et la sous-séreuse et dissocient les couches musculaires. L'épithélium est en partie nécrosé.

Tous les tissus intéressés dans la coupe marchent nettement vers la nécrose totale. Ils sont colorés de façon diffuse, sans électivité, et plutôt par l'éosine. Les noyaux ont presque perdu leur affinité pour l'hématéine.

Les gros vaisseaux du méso, le tissu graisseux, un petit ganglion intéressé par la coupe, participent à cette diminution de vitalité et sont en voie de nécrose. Tous les petits vaisseaux veineux de la région sont distendus par la stase sanguine.

Suites opératoires immédiates. — Dès le lendemain, le malade expulse des gaz par l'anus; du troisième au quinzième jour, il a des selles diarrhéiques, jaunâtres, non sanglantes. La plaie opératoire est le siège d'une suppuration superficielle

---

(1) MM. Loubat et Chevalier. — Sur un cas d'oblitération des vaisseaux mésentériques. Société anatomo-clinique de Bordeaux, 12 janvier 1920.

d'odeur fétide qui retarde sensiblement la cicatrisation. La guérison complète est obtenue au bout d'un mois et le malade quitte l'hôpital le 12 février.

A ce moment-là, l'état général est bon. L'appétit est revenu, les digestions sont faciles. Il n'y a ni diarrhée, ni constipation.

Suites éloignées. — Elles sont assez curieuses. Notre opéré a eu encore maille à partir avec la chirurgie, en 1922, comme en témoigne une communication de nos confrères et amis, MM. Parcelier et Mangé, à la Société Anatomo-Clinique de Bordeaux (Thrombose mésentérique et mésentérite rétractile), séance du 22 mai 1922, (in *Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 septembre 1922). Nous y trouvons les renseignements suivants :

Après l'intervention de 1920 pour infarctus « le malade ne présente aucun trouble intestinal appréciable jusqu'au jour où sa hernie inguinale gauche s'étrangle de nouveau. Notons que la hernie inguinale droite s'est reproduite, que la paroi abdominale du malade, dépourvue de toute tonicité musculaire, véritablement « en ruines » interdit tout espoir de cure radicale solide et durable. »

Le 3 février 1922, sous rachi-anesthésie, MM. Parcelier et Mangé pratiquent la cure radicale de la hernie inguinale gauche étranglée. L'intestin hernié est en bon état.

Quinze jours après l'opération, le malade présente un syndrome d'occlusion intestinale pour lequel on intervient à nouveau sous rachi-anesthésie. La laparotomie médiane permet de constater que l'occlusion est due à l'altération et à la sténose des dix derniers centimètres de l'intestin grêle, par conséquent de ce tout petit segment de l'iléon qui représentait le bout inférieur du grêle après notre résection pour thrombose mésentérique, en 1920. « Les dix derniers centimètres du grêle ont un aspect blanchâtre, ils sont parsemés de tâches laiteuses; la paroi à la palpation paraît épaissie. Au niveau des trois derniers centimètres, juste au-dessus de la valvule iléo-cæcale, on note un rétrécissement tubulaire donnant à l'intestin le volume d'un gros crayon et à la palpation, la consistance d'un tube de caoutchouc plein. Le mésentère correspondant à cette zone est épaissi, scléreux, parsemé d'étoiles blanchâtres carac-

téristiques de la mésentérite rétractile. « Une entéro-anastomose de l'iléon au-dessus de la partie oblitée, avec le cæcum est suivie de guérison.

Le malade, revu depuis, n'accuse aucun trouble intestinal.

OBSERVATION II

Thrombose mésentérique avec syndrome d'étranglement herniaire. Résection de 60 centimètres d'iléon. Guérison. Suites éloignées.

Due à l'obligeance de M. le Dr Chenut (inédite).

X..., 76 ans, entre à l'hôpital Saint-André, le 17 août 1921, à 20 h. 30, pour des accidents douloureux abdominaux.

Ces accidents ont débuté brutalement ce 17 août, à 15 heures, par une douleur très violente survenue sans cause apparente et siégeant au niveau de l'ombilic. Cette douleur ne s'irradie pas. En même temps se sont produites des modifications au niveau d'une hernie inguinale droite volumineuse, que le malade portait depuis 35 ans, mais qui se réduisait parfaitement et était maintenue réduite par un bandage. Cette hernie, qui, le matin même, était souple et indolente, devient tendue, douloureuse. Le malade n'a pas vomi, mais il existe un arrêt net des matières et des gaz.

Dans les antécédents du patient, on ne peut noter aucun accident pathologique et malgré son âge, le malade avait gardé une activité physique appréciable.

Examen. — 5 h. 30, après le début des accidents, on est frappé par l'intensité des phénomènes douloureux qui arrachent des cris au malade. La voix n'est pas cassée, le pouls bat à 90 pulsations par minute, régulier, bien frappé. Température 36°8, langue humide, légèrement saburrale.

L'abdomen distendu, ne se mobilise pas avec les mouvements respiratoires. La palpation est très douloureuse, il existe une contracture musculaire généralisée à tout le ventre grâce à laquelle aucune constatation n'est possible. Sonorité dans toute l'étendue de l'abdomen.

La hernie inguinale déforme les bourses dont elle occupe

la partie droite. Elle est du volume d'un gros poing d'adulte, tendue, douloureuse sur toute sa surface sans point de douleur exquise au niveau du collet. Elle est mate et ne peut être réduite par une pression douce.

L'appareil circulatoire présente des lésions de sclérose artérielle généralisée, les artères sont très dures, l'aorte n'est pas dilatée cliniquement. Le deuxième bruit cardiaque est nettement claqué.

L'examen des autres appareils ne montre rien d'anormal, les réflexes sont conservés. Le malade ayant uriné peu de temps avant son entrée dans le service, on ne peut avoir d'analyse des urines.

Les modifications de la hernie entraînent le diagnostic d'étranglement herniaire et sans tenter aucune manœuvre de taxis, l'intervention est décidée.

Intervention. — Le 21 août, à 21 heures — 6 heures après le début des accidents.

Anesthésie locale avec l'allocaïne à 0,50 %. Incision inguinale descendant sur la partie toute supérieure du scrotum. Rapidement le sac est ouvert et incisé, il jailit ausitôt sous tension une grande quantité de sérosité louche non hématique. Après ouverture large du sac, on constate qu'il est occupé seulement en partie par une faible longueur d'anse intestinale. L'exploration du collet du sac montre que ce dernier très large, n'est pas serré. Le doigt peut passer entre lui et l'intestin, et au cours de cette manœuvre, l'intestin rentre dans la cavité péritonéale, mais, par simple ouverture du collet du sac, on voit l'anse intestinale altérée sur une grande étendue.

Hernio-laparotomie. — On peut alors attirer hors de la cavité abdominale l'anse malade et on constate une lésion d'infarctus sur une longueur considérable du grêle. L'intestin est énorme, noirâtre, ne présentant en aucun point de trace de striction. Le mésentère est épaissi, infiltré de sang, sur le territoire correspondant, dessinant un triangle régulier dont le sommet vertébral se trouve à quinze centimètres de l'intestin.

Ces lésions de toute évidence ne sont pas dues à un vol-

vulus du grêle et elles siègent assez loin du cæcum sur la partie moyenne du jéjuno-iléon. La séparation est très nette entre les parties infarcies et les parties saines.

Le malade a parfaitement supporté sans douleur cette partie exploratrice de l'intervention et nous pratiquons la résection de l'anse intestinale et du mésentère infarci en dépassant largement les zones altérées. Nous réséquons ainsi 60 centimètres d'intestin grêle. Après hémostase du mésentère, entéro-anastomose termino-terminale, au fil de lin, trois plans de suture.

Résection du sac herniaire. Fermeture de la paroi en un plan au fil d'argent.

Les divers temps opératoires ont pu être réalisés facilement et sans douleur sauf l'hémostase mésentérique.

Examen de la pièce. — L'intestin et le mésentère se dégorgent rapidement du sang qu'ils contenaient.

Les parois de l'intestin sont dissociées par l'infiltration sanguine et la cavité contient du sang noirâtre.

Le mésentère est infiltré, épais et atteint sa plus grande épaisseur au niveau de l'insertion intestinale; il est noir, de consistance très ferme.

La dissection du mésentère permet de suivre les artères et les veines et de les dissocier de l'infiltration sanguine. Les veines ne présentent aucune altération.

Il existe trois troncs artériels afférents anastomosés en arcade. Il en part des artères qui vont former une deuxième arcade, discontinue toutefois, de laquelle naissent les vaisseaux se rendant à l'intestin.

Les troncs afférents sont durs, rigides, présentent des lésions d'athérome; leur lumière ne paraît pas diminuée. Les branches qui naissent de la convexité de la première arcade sont aussi très dures et leur coupe montre des plaques athéromateuses épaisses, diminuant considérablement leur lumière. De plus, certaines qui se trouvent vers le milieu de l'anse infarcie sont oblitérées par un caillot qui se laisse détacher facilement et laisse voir une lumière artérielle presque inexistante. Par des coupes successives, on constate que ces artères sont thrombosées jusqu'au niveau de l'insertion intestinale.

Suites opératoires. — Elles sont d'une simplicité extrême. Le lendemain soir de l'opération, la température s'élève à 38°. Le pouls bat à 98, mais le surlendemain, température 37, pouls 80, le malade rend des gaz par l'anus. Purgation le septième jour; fils d'argent enlevés le vingtième jour.

Le seul incident est une bronchite diffuse apparue le dix-neuvième jour après l'intervention, et qui dure douze jours.

Les selles sont régulières, normales. Le malade sort de l'hôpital complètement guéri, le 2 octobre 1921.

Suites éloignées. — Le malade est revu en octobre 1922, il est en parfaite santé, son intestin fonctionne régulièrement. Il présente une diminution considérable de la vision et l'examen ophtalmologique pratiqué par M. le Professeur Lagrange montre une atrophie du nerf optique, qu'il attribue à la thrombose de l'artère centrale de la rétine.

OBSERVATION III

Thrombose mésentérique et hernie étranglée.
Observation inédite

due à l'obligeance de MM. Courtin et Lefevre.

Il s'agit d'un malade âgé, amené à l'hôpital Saint-André dans le courant de l'année 1908. Ce malade est porteur d'une hernie inguinale gauche qui est étranglée depuis trois ou quatre jours.

Son état général est très mauvais, il y a hypothermie, le pouls est filant; signes très nets d'une intoxication déjà avancée.

A l'examen, le ventre est légèrement ballonné; il y a contracture légère de la paroi, vomissements, arrêt complet des matières et des gaz. La hernie est volumineuse et irréductible : pas de taxis.

Sous-anesthésie générale, incision inguinale gauche; on tombe sur un intestin verdâtre, boudinné, absolument spha-

célique, détaché du mésentère. Hernio-laparotomie. On attire hors du ventre une quantité notable du grêle qui semble être de la portion moyenne de l'iléon. Sur une étendue de un mètre environ, l'intestin est infarci, le mésentère correspondant est thrombosé suivant un triangle à sommet vertébral. Résection de l'intestin et du coin mésentérique correspondant. Entéro-anastomose termino-terminale; fermeture de la paroi. Notons qu'il s'est écoulé pendant l'intervention, une quantité assez importante de liquide hématique à odeur fétide.

Le malade ne présente pas d'amélioration après l'intervention, et meurt le lendemain avec tous les signes d'une péritonite généralisée. Pas d'autopsie.

OBSERVATION IV

Observation Von Baracz in Thèse de la Rousselière.

Homme de vingt-cinq ans, opéré d'une hernie inguinale droite étranglée.

A la laparotomie on trouve une anse infarcie sur une longueur de trois mètres. Les veines sont remplies de thrombus probablement post-herniaires.

Résection de trois mètres trente d'intestin. Iléo-colostomie termino-terminale. Mort le troisième jour.

OBSERVATION V

Observation de Stoehlin. Annals of Surgery 1907.

(Résumé.)

J. T..., mécanicien, âgé de 47 ans, était porteur d'une volumineuse hernie inguinale droite, réductible. Le 25 février 1906, en se retournant dans son lit, il a ressenti une douleur brus-

que au niveau de sa hernie qui devient irréductible et bientôt après il se met à vomir.

Quatre heures plus tard, il fut admis à City-Hospital, l'état local et général s'aggravant.

La tumeur herniaire avait le volume d'une grosse tête d'adulte; elle était tendue et sonore.

L'intervention pratiquée d'urgence, a montré des anses noirâtres. Les veines mésentériques étaient thrombosées. Les artères avaient cessé de battre. Il fallut faire une résection du segment intestinal compromis avec ligature en chaîne du mésentère correspondant et anastomose termino-terminale.

Dans les suites, fistule intestinale le dixième jour se formant le dix-neuvième. Le malade sort le trente-cinquième jour après l'intervention et peut reprendre son travail. La longueur d'intestin réséqué a été de trois mètres vingt-cinq.

L'auteur fait ressortir la rapidité de l'apparition de la gangrène. Nous croyons qu'il y a lieu de faire précéder, dans le temps, la thrombose des vaisseaux à la mortification des parois intestinales et du mésentère.

OBSERVATION VI

Observation Brin II, in Th. Hébert de la Rousselière.

M. B..., 82 ans, Grez-Neuvielle (Maine-et-Loire), propriétaire, est un vieillard extrêmement robuste s'exposant encore aux fatigues de la chasse. Il porte depuis longtemps une hernie inguinale droite qu'il maintient mal avec un bandage. Dans la nuit du 8 au 9 novembre 1910, en allant au W.-C., il est pris d'une douleur brusque et très violente dans sa hernie, qu'il ne peut plus faire rentrer. Vomissements alimentaires. Le Dr Flu du Lion, d'Angers, le voit à 6 heures du matin, et sans faire de taxis, m'amène le malade à ma clinique à 8 heures.

Examen. — M. B... continue à souffrir beaucoup, son faciès est tiré. Le pouls, assez bon, avec quelques intermitten-

ces, est à 90°. Température 36°7. La hernie inguinale est volumineuse comme deux poings, d'une coloration plutôt rouge. Douloureuse à la palpation dans toute son étendue, peut-être un peu plus au niveau de l'anneau. M. P... n'a pas eu de vomissements depuis celui de la nuit. Pas d'émission de gaz. Il a uriné spontanément. Pas d'albumine, ni de sucre dans les urines. Opération immédiate sous chloroforme.

Aussitôt le sac ouvert, il s'écoule un flot de liquide sanguinolent et on aperçoit une anse grêle de 20 centimètres environ, d'un rouge très foncé. Pas d'épiploon. Me portant au collet du sac, je constate avec étonnement qu'il n'y a aucun étranglement. *Le doigt fait aisément le tour de l'intestin dans un collet relativement large.* Attirant alors l'intestin resté dans l'abdomen, on ne voit pas à proprement parler de sillon entre la partie saine et la partie malade. Cependant, entre les deux, la limitation est très précise. L'anse malade est épaissie, injectée, se plissant à peine. Mais ce qui frappe le plus, c'est l'état du mésentère correspondant, il est manifestement thrombosé, noir, gaufré, épais et dur. Devant ces constatations et me souvenant des échecs constants que m'avait donné la résection, je porte un pronostic des plus sombres et décide de finir au plus vite en confiant le malade à sa chance. Je maintiens toutefois pendant quelques minutes l'intestin sous des compresses de sérum chaud; ne le voyant pas modifier sa couleur, ni se contracter, j'ai un moment l'idée de le maintenir en dehors du ventre, mais je ne m'y arrête pas et le réintègre dans l'abdomen.

Suites. — Dans la nuit qui suivit l'opération, le malade rendit une selle très abondante formée presque exclusivement de sang noir caillé. Pendant quelques jours, légers caillots de sang sur les selles qui sont journalières. A part cela, aucun incident remarquable. Le malade guérit bien et vit encore.

OBSERVATION VII

Un cas de thrombose mésentérique dans un sac herniaire simulant la hernie étranglée.

Observation de Thouvenin, in. *Archives Médicales* d'Angers Juillet 1923.

Homme de 79 ans, reçu d'urgence à l'Hôtel-Dieu, présentant tous les symptômes d'une hernie étranglée inguinale, le 6 avril 1923.

Grosse hernie inguinale droite dure, douloureuse, tendue, absolument irréductible depuis 12 heures, ventre un peu ballonné, vomissements incessants, arrêt complet des matières et des gaz, mais pourtant quelques symptômes anormaux.

1° L'intensité et la précocité de l'occlusion;

2° L'intensité de la douleur de la hernie et de la douleur abdominale;

3° La largeur du pédicule, lequel me paraissait aussi volumineux que la hernie elle-même;

4° La persistance d'une certaine impulsion à la toux;

5° Et enfin, un état général infiniment plus affecté qu'il n'est d'ordinaire dans une *grosse* hernie étranglée *depuis quelques heures.*

Quoiqu'il en soit, je décidai d'intervenir aussitôt.

Intervention à 5 heures du soir, aide, M. Bousseau, interne du service. Anesthésie à l'éther.

Incision inguinale.

Découverte d'un gros sac tendu et bleuté, laissant transparaître à travers une couche superficiellement fluctuante la sensation d'une masse dure, irrégulière; incision du sac. Issue d'un flot de liquide sanglant; puis, au milieu du sang, à travers la boutonnière agrandie, extériorisation spontanée de l'anse qui montre une anse noire comme du boudin, irrégulière, tuméfiée et dure, mais *nullement étranglée :*

1° L'intestin se laisse attirer facilement dans la plaie;

2° Deux doigts s'engagent le plus aisément du monde dans un collet très large à travers lequel continue à s'écouler une quantité notable de liquide péritonéal séro-hématique;

3° Enfin, en aucun point, on ne note de striction.

J'extériorise l'anse malade, elle siège à la partie inférieure de l'iléon. Sur une longueur de 10 centimètres environ, elle est tuméfiée, violacée et dure. La tuméfaction est irrégulière, aux limites imprécises, mais assez localisées. Elle donne presque, au premier abord, la sensation d'une vraie tumeur du grêle.

Au niveau du bord libre, l'intestin a une consistance normale. La tuméfaction siège surtout au niveau du bord mésentérique et de là va s'étalant sur le mésentère qui a une épaisseur de 1 centimètre, est cartonné et noirâtre, ceci dans toute l'étendue d'une zone vaguement triangulaire dont la hauteur serait à peu près celle d'un doigt (10 centimètres environ) et dont la base serait la tuméfaction intestinale elle-même. En amont de celle-ci, l'intestin est dilaté, en aval il est rétracté.

Tout ce coin entéro-mésentérique est réséqué. Je note que les branches mésentériques ne saignent pas. je reporte la section plus haut en mésentère sain. Hémostase. La différence de calibre des deux bouts afférent et efférent ne semblant pas favoriser l'anastomose termino-terminale, je pratique une anastomose latéro-latérale et pour aller plus vite, une anastomose au bouton.

Cure radicale de la hernie; ablation du sac; réfection de la paroi; suture avec drainage.

Guérison sans incident. Disparition presque immédiate des phénomènes d'occlusion.

Le malade va à selle spontanément le lendemain et se lève dix jours après. Bon état le 2 mai 1923, sort de l'hôpital le 3 mai 1923.

CHAPITRE V

Dans le deuxième groupe d'observations, nous voyons au début se produire les mêmes accidents, mais le malade où un médecin appelé pratique le taxis : la hernie se réduit. Le malade se croit guéri, mais à tort.

Dans le cas de hernie étranglée, les accidents auraient cessé après cette manœuvre, mais dans les cas que nous envisageons, les phénomènes morbides persistent et même s'aggravent :

Les douleurs continuent à être aussi intenses. L'arrêt des matières et des gaz est toujours aussi complet. L'état général devient de plus en plus mauvais. Du côté abdominal, des signes de péritonite se superposent, pour peu que l'on attende, aux signes premiers, si bien que l'on pense à une réduction en masse de la hernie ou à la persistance de l'occlusion par suite d'une gangrène consécutive à l'étranglement, compliquée ou non de perforation intestinale, entraînant une péritonite généralisée secondaire. Mais, dans les cas où il existe une tumeur abdominale (Loubat), celle-ci est plus diffuse que dans la réduction en masse d'une hernie.

Les signes de péritonite ne sont pas aussi nets et tranchés que dans les cas banaux. A l'intervention, on trouve les mêmes lésions que nous avons décrites dans le précédent chapitre.

Si nous laissons évoluer les accidents, nous voyons apparaître dans tous les cas des phénomènes de péritonite; jamais on n'a pas noté d'entérorragie; retenons la possibi-

lité de lésions tardives telles que gangrène du segment intestinal (observation de Rendt).

Dans cette observation, nous voyons apparaître les symptômes un mois après la hernie qui a dû se compliquer de thrombose à ce moment-là. Voici les observations de ce second groupe :

OBSERVATION VIII

Syndrome d'étranglement herniaire. Infarctus mésentérique. Résection de 1 m. 40 *de l'intestin grêle. Guérison.*

Observation inédite
due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Loubat.

Paul L..., 72 ans, ancien maçon, est envoyé à la Maison de Santé par son médecin, parce que depuis le matin il a présenté brusquement des symptômes d'occlusion intestinale avec une hernie inguinale gauche jusque là parfaitement réductible, devenue irréductible et douloureuse.

Cet homme a toujours été jusqu'à ce jour très bien portant puisqu'il n'a jamais eu affaire avec un médecin. Pas d'habitudes alcooliques bien accusées; ni d'antécédents spécifiques avoués. Il était porteur, depuis l'âge de 26 ans, d'une hernie inguinale gauche de plus en plus volumineuse et qui n'avait jamais été maintenue par un bandage. Dans la station debout, cette hernie avait le volume des deux poings environ, descendait dans les bourses; mais elle rentrait toujours très facilement dans le décubitus dorsal. A deux reprises cependant, il y avait eu des menaces d'étranglement; chaque fois notre homme avait pu lui-même réintégrer la hernie au bout d'un certain temps.

Le 4 octobre 1928, en pleine santé, vers 10 heures du matin, notre malade a ressenti une douleur vive dans le bas-ventre avec sensation de coliques aiguës. La hernie paraissait être le siège principal de la douleur; notre homme pen-

sant à une crise d'étranglement rentra chez lui, se coucha et essaya de réduire la hernie, mais celle-ci très douloureuse résista. Les accidents douloureux persistèrent toute la journée aussi violents sans s'accompagner d'aucune évacuation intestinale : ni gaz, ni matières; quelques nausées, pas de vomissements.

Son médecin, appelé, pensa aussitôt à un étranglement herniaire et nous l'adressa.

Pendant le transport, en automobile, couché (60 kilomètres) notre homme essaya encore de réduire sa hernie et, à l'occasion d'une secousse de la voiture, il réussit à refouler le contenu dans le ventre. Il se crut guéri; mais on le porta cependant à la Maison de Santé pour savoir si l'intervention était toujours utile.

A son arrivée, on se trouve en présence d'un homme paraissant plus jeune que son âge, maigre, résistant, mais au facies altéré, pâle, les traits un peu tirés. Son pouls est rapide : 110 pulsations à la minute. Ses artères paraissent légèrement indurées à la palpation (artério-sclérose assez marquée probable); les bruits du cœur sont normaux.

La hernie est en effet réduite, le scrotum très flasque est vide. Les testicules sont à leur place normale. Mais le malade, malgré la réduction apparente de la hernie, continue à ressentir les mêmes douleurs qu'auparavant, il n'a pas eu le soulagement escompté. L'abdomen à parois minces est légèrement ballonné sans contracture nette de la paroi. La palpation facile montre la présence dans l'abdomen d'espèces de boudins formés d'anses dilatées et dures, cela en deux ou trois points. L'une de celles-ci se trouve dans la fosse iliaque gauche tout contre l'arcade crurale; cependant, on n'a pas la sensation d'une tumeur importante, régulière et dure comme on en trouve dans la réduction en masse dans l'abdomen d'une hernie étranglée.

Dans ces conditions, on conseille fortement au malade de se faire opérer aussitôt, puisque la réduction de la hernie n'a pas amené d'amélioration des troubles fonctionnels.

On pratique l'opération immédiatement, 14 *heures environ après le début de l'accident.*

Opération. — Rachi-anesthésie.

Incision au niveau de la région inguinale gauche, qui amène dans un très vaste sac herniaire vide de tout viscère abdominal, mais qui renferme un peu de liquide hématique.

Hernio-laparatomie : aussitôt le péritoine abdominal incisé, on tombe sur une anse grêle dilatée, dure, noire comme un boudin ayant tous les caractères de l'anse infarcie. On retire hors du ventre toute la portion malade de l'intestin qui mesure plus d'un mètre de longueur.

La limite de l'infarctus n'est pas nette et, avant d'atteindre la partie d'intestin rose et souple, on trouve à chaque extrémité une zone à marbrures noirâtres avec piquetés hémorragiques et suffusion sanguine de la paroi de l'intestin épaissi.

Dans l'abdomen, il y a en quantité notable un liquide séro-sanguinolent légèrement fétide.

On pratique une résection de 1 m. 40 d'intestin grêle et du coin mésentérique correspondant, après ligature en chaîne des vaisseaux du mésentère. Entéro-anastomose termino-terminale au fil de lin avec réunion des tranches mésentériques.

Extirpation rapide du sac herniaire; suture de la paroi en un plan sans drainage.

Les suites opératoires immédiates ont été assez mauvaises. Le malade paraît très intoxiqué; le pouls est rapide, il y a du retard dans l'évacuation des gaz; mais le ventre reste souple et il n'y a pas d'élévation thermique. Cependant la famille du malade craignant une issue fatale, l'emporte de la Maison de Santé 48 heures après l'opération. Malgré ce transport, le malade en est réchappé et, d'après les renseignements donnés par son médecin un mois après, il pouvait être considéré comme complètement guéri.

L'examen de l'intestin enlevé est pratiqué immédiatement après. Celui-ci, même avant l'ablation des pinces, dégageait une odeur écœurante. A l'ouverture, son contenu se montre formé de sang noirâtre et fétide en grande abondance. La paroi intestinale est notablement épaissie, infiltrée de sang et noirâtre sur presque toute l'étendue de la pièce.

Le mésentère, comme on avait pu le constater au cours de l'exploration chirurgicale, présentait sur toute la partie malade, une épaisseur considérable, il était dur comme cartonné

ayant donc perdu toute souplesse. Ces lésions de mésentérite paraissaient très anciennes, antérieures certainement aux accidents présents; en plusieurs points du revêtement péritonéal on constatait la présence de brides et de tractus blanchâtres d'aspect cicatriciel, réunissant des plis du mésentère. Sur le coin mésentérique enlevé, ces lésions de mésentérite ancienne étaient très nettes, mais en plus les vaisseaux étaient presque tous thrombosés à la coupe. Les caillots étaient noirâtres, donc récents.

La partie de l'intestin enlevé représentait probablement la partie inférieure du grêle, bien qu'au cours de l'intervention on n'ait vu ni le cœcum ni l'abouchement iléo-cœcal puisque l'incision abdominale était dans la fosse iliaque gauche; mais le segment terminal d'intestin grêle conservé devait être très court, car, après la résection intestinale, le bout inférieur tiré fortement ne venait qu'avec difficulté au niveau de l'incision pariétale.

OBSERVATION IX

Thrombose mésentérique. Péritonite généralisée. Résection de 80 centimètres de Jéjuno-Iléon. Mort.

Due à l'obligeance de M. le Docteur Courbin
(Inédite).

L... J..., 37 ans, est entré à l'hôpital Saint-André, le 14 mars 1923, pour des accidents douloureux abdominaux. Il avait présenté une semaine auparavant un syndrôme d'occlusion intestinale à début brusque coexistant avec des modifications d'une hernie inguinale gauche. Son médecin avait diagnostiqué un étranglement herniaire et avait réduit la hernie par taxis, le malade put reprendre son travail, mais, au bout de 4 ou 5 jours, le 12 mars, il fut pris de douleurs abdominales très vives siégeant surtout dans la fosse iliaque gauche et exagérées par la pression. A l'examen, le 15 mars, il se présente dans un état

de dépression et d'obnubilation profonde, répondant péniblement aux questions posées, les pommettes sont rouges, la langue saburrale. L'arrêt des gaz et des matières est complet, pas de vomissements; l'abdomen est globuleux, tendu, le diaphragme joue cependant normalement, le météorisme abdominal est généralisé et masque la matité hépatique. Il existe un peu d'ascite, température, 39°2, pouls 90 à la minute.

Après hésitation, due à l'imprécision des signes, on se décide à intervenir. Après la laparatomie médiane, on tombe sur une masse d'intestin grêle sphacèlé baignant dans un liquide sanguinolent d'odeur fétide. Cette masse pelotonnée sur elle-même occupe toute la fosse iliaque gauche et plonge dans le petit bassin. Les anses sont accolées les unes aux autres par de nombreuses adhérences; on arrive péniblement à étaler toute la portion sphacélée de l'intestin qui est marbrée, noirâtre, lie de vin et a une longueur de 80 centimètres environ; le mésentère correspondant à cette portion de l'intestin est sphacélé sur une zone triangulaire dont la base correspond à l'étendue de l'intestin altéré et dont le sommet est au point d'insertion du mésentère.

Résection de toute la portion mésentérique lésée, anastomose termino-terminale. Nettoyage péritonéal, suture de la paroi. Huile camphrée, injection de sérum.

Suites. — L'état du malade paraît d'abord satisfaisant, mais rapidement la péritonite s'établit, et il meurt le sixième jour.

Autopsie. — On constate l'existence d'une péritonite généralisée. Les sutures intestinales sont en place, mais, au-dessus et au-dessous, sur une longueur de 40 centimètres environ, l'intestin est aminci, flasque; il présente au-dessus de l'anastomose une perforation. Ces lésions semblent bien dues à du sphacèle intestinal. Le mésentère est très œdématié, les artères sont dilatées, leur lumière est occupée par des caillots sanglants qui peuvent être expulsés facilement par la pression.

L'examen de l'aorte, de l'origine des artères mésentériques ne montre pas de lésions, les divers appareils ne présentent rien à signaler.

OBSERVATION X

Observation Brin I, in Th. Hebert de la Rousselière

M. P..., 60 ans.

Hernie scrotale droite volumineuse, difficilement réductible.

Le malade entre à Saint-Louis et, la nuit qui précède l'opération, sa hernie devient plus grosse et difficile à réduire. Le malade, avec beaucoup de peine, la réduit cependant vers minuit. A 2 heures 5 du matin, douleur atroce dans le ventre; refroidissement extrême. Pouls filant, incomptable. Température, 36.

A 7 heures, laparatomie. Lésions habituelles d'infarctus intestinal. Résection et anastomose latéro-latérale.

Le malade ne se remonte pas et meurt à 3 heures 50 le lendemain matin.

Il fut opéré le 16 février 1909 et mourut le 17. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XI

Philipowicz (Czernowitz).

Un cas de thrombose mésentérique à la suite d'une hernie rapidement réduite.

Ex Zentralblatt für chirurgie, tome L, N° 23, 9 juin 1923; analysé par Lenormant (J. de Ch. 1923, page 194.)

Il s'agit d'une femme de 36 ans qui étrangle une hernie inguinale gauche qu'elle portait depuis plusieurs années. Quatre heures après, un médecin la réduit sans grande difficulté. Malgré la réduction, la malade continue à souffrir, à vomir, à ne rendre ni matières, ni gaz. Intervention le soir même. P... trouve une anse intestinale infarcie sur une longueur de 15 centimètres avec thrombose des veines mésentériques.

Résection de l'anse ; anastomose termino-terminale. Suites opératoires bonnes, guérison.

Lenormant fait remarquer la rapidité des phénomènes de thrombose à la suite d'un étranglement de 4 heures seulement. Il nous semble que l'on doive faire précéder les phénomènes de thrombose à l'étranglement herniaire.

OBSERVATION XII

Observation de Rendt, citée par Zesas, ex-thèse de Hébert de la Rousselière.

Homme qui après un taxis énergique d'une hernie droite se présenta au bout d'un mois en occlusion.

La laparatomie ne montra aucune strangulation, mais le grêle très dilaté et un morceau d'intestin d'une longueur de 10 centimètres rigide et couvert de dépôts fibrineux.

Les limites entre l'intestin sain et l'intestin malade sont très tranchées. Antéro-anastomose sans résection, suites ignorées.

OBSERVATION XIII

Observation Patel, in Th. Taravellier.

Le malade A. P... est un homme de 31 ans, cultivateur dans le département de l'Ain, ayant toujours joui d'une parfaite santé.

Le 12 mars 1910, ayant fait sa journée, comme d'habitude, il ressent le soir une sorte de malaise mal défini, il se couche et a comme une sensation d'angoisse assez forte suivie de douleurs abdominales, qu'il compare à de violentes coliques, sans localisation précise. Le lendemain 13 mars, la journée se passe sans grande douleur, mais le soir, le malaise abdo-

minal reparaît aussi violent que la veille; l'alimentation avait été presque nulle. Le lundi 14 mars, au début de l'après-midi, les douleurs abdominales reviennent très brusquement, et beaucoup plus fortes que les jours précédents, une selle spontanée se produit qui paraît le soulager; ce ne fut que momentané; on dut ramener le malade chez lui, les douleurs devinrent horribles et des vomissements bilieux et alimentaires se produisirent. C'est au cours d'un de ces vomissements que le malade s'aperçoit d'une volumineuse hernie inguinale droite, qu'il n'avait jamais remarquée auparavant (il est très affirmatif sur ce point). Le docteur Voiturier, appelé à ce moment, essaie de réduire la hernie, ne pouvant y réussir, il ordonne le transfert immédiat à l'Hôtel-Dieu, à Lyon.

Le malade arrive le lundi dans la soirée; à l'infirmerie de porte, l'interne de garde peut sans aucune peine et sans pratiquer de taxis, réduire la hernie qui rentre dans l'abdomen avc gargouillement très net. Notre ami Müller, chirurgien de garde, voit le malade à ce moment; il ne constate rien d'anormal et juge, avec raison, que tous les accidents vont disparaître à la suite de la réduction de la hernie.

Le mardi 15 mars, le malade est transporté salle Saint-Philippe, dans le service du Professeur Poncet, que j'ai l'honneur de suppléer; la nuit a été très mauvaise, il n'a pas dormi, il a eu de violentes coliques abdominales plus fortes que celles des jours précédents; vers minuit, un mœlena très abondant est survenu; les matières sont franchement noires et peuvent être évaluées à un litre et demi à deux litres. Son état paraît très précaire; le teint est plombé, le faciès péritonéal au plus haut chef; le pouls est petit, rapide, 130-140, pas de température; hoquet et efforts constants de vomissements. L'abdomen est ballonné, il n'y a pas de contractions intestinales visibles, la paroi est contracturée au maximum sur toute son étendue et toute exploration profonde est illusoire; sonorité dans toute la partie supérieure de l'abdomen et même dans la région hépatique, matité très étendue dans les flancs, remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope; on a même la sensation de flot. Du côté du trajet intestinal, siège de la hernie, l'anneau est large, le scrotum vide, modérément distendu, la hernie a été complètement réduite.

Devant ces signes péritonéaux très graves, on pense à une réduction en masse de la hernie, ou bien à un étranglement rétrograde, ou bien à une perforation de l'anse antérieurement herniée. Une abondante injection de sérum caféiné est pratiquée.

L'intervention est décidée aussitôt et pratiquée avec l'aide de M. Cotte, chef de clinique. Anesthésie légère à l'éther. Laparatomie sous-ombilicale médiane. Après l'ouverture du péritoine, il s'écoule du liquide ascitique, clair, un peu rosé, dont la quantité peut être évaluée à plus d'un litre. L'intestin refoulé par des compresses, l'anneau inguinal péritonéal est exploré : le trajet est étroit sans diaphragme fibreux, il n'y a plus rien à son intérieur.

En rabattant les compresses pour vérifier l'intestin, on découvre aussitôt une anse grêle couverte d'ecchymoses très foncées, noirâtres, s'étendant sur les deux versants de la surface intestinale et sur la portion mésentérique correspondante. La zone thrombosée forme un triangle à sommet dirigé contre la colonne vertébrale, tranchant nettement avec les portions voisines saines. La longueur d'intestin ainsi thrombosée mesure près d'un mètre et siège au milieu du jéjuno-iléon. La paroi est de consistance pâteuse et très épaissie. La transition avec la portion saine est brusque, comme tracée au compas, il n'y a aucune adhérence, aucune soudure, aucune trace d'un sillon d'étranglement, antérieurement existant. Cette anse mise de côté, on vérifie rapidement le reste de l'intestin grêle, on découvre quelques petits piquetés hémorragiques sur le mésentère voisin, la lésion paraît entièrement localisée.

La résection de la portion intestinale thrombosée est décidée, l'anesthésie est suspendue à ce moment. Les limites de la résection sont indiquées par l'aspect noirâtre de l'intestin et le vaste triangle mésentérique œdémateux. Des clamps sont placés à deux centimètres de la zone thrombosée, résection rapide. L'hémostase de la tranche mésentérique est des plus simple, elle ne saigne pas et cinq catguts seulement, placés au voisinage des portions saines, sont nécessaires. Anastomose termino-terminale au bouton de Villard. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires. — Les symptômes péritonéaux s'amendèrent seulement après trois jours. Un mœlena abondant se produisit au huitième jour, à la suite d'un lavement; le treizième jour le bouton est expulsé. Le 3 avril, c'est-à-dire dix-neuf jours après l'opération, douleur dans le mollet droit avec légère élévation de température; le lendemain, œdème de la jambe indiquant une thrombose fémorale nette; le malade est immobilisé quinze jours en gouttière.

La convalescence a été rapide, et aujourd'hui le malade est entièrement guéri. il ne garde plus que son scrotum droit, flasque, très distendu, un canal vagino-péritonéal persistant, dont il viendra se faire débarrasser dans quelques mois. Les fonctions digestives s'effectuent normalement.

Examen de la pièce. — Sur les photographies en couleur dues à l'obligeance de MM. Lunière et Gélibert, on peut voir l'aspect que présentait l'intestin après la résection, la teinte noirâtre est moins prononcée qu'au moment de l'intervention car du sang veineux coagulé s'est écoulé en abondance au niveau de la tranche de section.

La longueur d'intestin réséqué est de 85 centimètres, la paroi est épaisse de plus d'un centimètre, la surface péritonéale est régulière, mais ne présente pas son poli habituel, sur la muqueuse on note de nombreuses ulcérations superficielles.

L'examen histologique dû à M. Alamartine, montre des lésions existant surtout dans la sous-muqueuse, cette dernière est œdématiée, infiltrée de sérosité et de leucocytes; on y voit des lumières vasculaires de nombre et de dimensions très au-dessus de la normale; certains de ces vaisseaux, des artères, présentent des lésions pariétales nettes caractérisées par un épaississement considérable de la tunique moyenne.

CHAPITRE VI

Dans ce chapitre nous mentionnerons les faits du troisième groupe et du quatrième de notre classification.

Dans le premier cas, il s'agit d'un infarctus avec son drame abdominal habituel chez un malade porteur d'une hernie irréductible. Celle-ci devient vaguement douloureuse; le malade attire l'attention du médecin vers cette région, mais d'une façon beaucoup plus tardive et beaucoup moins nette.

Les symptômes herniaires sont très peu de chose à côté des symptômes abdominaux; aussi soupçonne-t-on une autre cause d'occlusion intestinale que cette hernie. Son seul intérêt paraît devoir être de faire accepter, plus facilement peut-être, l'intervention par le malade.

Dans le quatrième groupe, ce sont les cas de lésions graves du mésentère dans une hernie étranglée ou peut-être il a existé des troubles vasculaires avant l'étranglement proprement dit, mais où ces symptômes passent tout à fait au second plan. Ce sont donc des faits cliniques intermédiaires entre ceux que nous avons étudiés et les cas de gangrène de l'anse herniée avec thrombose secondaire du mesentère.

OBSERVATION XIV

Infractus intestinal par thrombose mésentérique chez un homme porteur d'une hernie irréductible. Résection intestinale. Mort.

Observation inédite,
due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Loubat.

M. P..., 46 ans, est amené à la Maison de Santé le 1er septembre 1928 pour un syndrome d'occlusion intestinale avec hernie crurale droite irréductible et légèrement douloureuse.

Il s'agit d'un homme habituellement bien portant, mais enclin à des habitudes éthyliques qui a commencé à se plaindre du ventre cinq jours auparavant.

Le début de ces accidents s'est manifesté par une espèce de malaise abdominal avec quelques coliques, difficulté pour aller à selle, mais, pendant deux jours, le malade peut tant bien que mal s'occuper de ses affaires. Le troisième jour, il se décide à faire appeler son médecin qui ne trouve rien de bien net du côté de l'abdomen : le malade évacuait en effet quelques gaz; il y avait cependant de l'inappétence et un peu de ballonnement douloureux du ventre. Le malade n'attirait pas l'attention sur une hernie crurale ancienne du côté droit.

Le 31 août 1928, les phénomènes s'aggravent, les douleurs abdominales réapparaissent beaucoup plus nettes sous forme de coliques violentes, mais ne s'accompagnent pas d'évacuation de liquides, matières ou gaz; pas de vomissements ni de nausées.

Le faciès s'altère, le pouls s'accélère, si bien que le médecin est rappelé et porte cette fois le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë, peut-être en relation avec la hernie crurale droite, du volume d'un œuf de poule environ, et qui est légèrement douloureuse et irréductible.

Quand nous voyons le malade, le 1er septembre 1928, nous confirmons le diagnostic d'occlusion intestinale probable, mais en faisant toutes réserves quant à sa pathogénie her-

niaire. La hernie était en effet tendue, légèrement douloureuse à la palpation vers sa base, irréductible et mate à la percussion. Mais le siège des douleurs semblait nettement plus haut dans la cavité abdominale. L'abdomen est distendu, météorisé dans son ensemble; il se défend un peu, à la pression. Pas de zone caractéristique de matité ou de sonorité exagérée. Dans le courant de cette journée, le malade a eu quelques vomissements.

Opération. — Le jour même sur un malade déjà fatigué et intoxiqué, le pouls est à 120, la température à 37°8. L'opération a donc lieu cinq jours après le début des premiers accidents, quarante-huit heures après l'apparition des signes abdominaux violents. Rachi anesthésie.

Incision au niveau de la hernie crurale droite qui est constituée par une épiplocèle adhérente mais non étranglée; après résection de l'épiploon et réduction dans le ventre, on voit sourdre par l'anneau herniaire du liquide péritonéal hématique.

Suture rapide de l'incision de la hernie et laparatomie médiane sous-ombilicale : on se trouve en présence d'un infarctus de l'intestin grêle s'étendant sur un mètre vingt de longueur environ. A ce niveau, l'intestin est noirâtre infiltré de sang, épaissi, rigide, avec de loin en loin des zones de sphacèle commençant. Le mésentère correspondant, infiltré de sang lui aussi, n'est pas très épaissi, bien que l'infiltration sanguine s'étende jusqu'à la racine du mésentère.

Résection de 1 m. 50 d'intestin, la section passant en haut et en bas en intestin d'apparence normale. Résection du coin mésentérique correspondant après ligature en chaîne des vaisseaux; entéro-anastomose termino-terminale au fil de lin.

La lésion paraît siéger sur la partie moyenne du grêle; il reste au moins un mètre d'iléon sain avant la valvule iléo-cœcale.

On laisse un drain abdominal, suture de la paroi en un plan.

Suites opératoires. — Le malade est assez choqué après l'intervention, mais l'état général se relève un peu sous l'influence des moyens thérapeutiques ordinaires du choc. Des

accidents d'infection péritonéale aiguë se manifestent rapidement : météorisme abdominal, élévation du pouls et de la température, vomissements, symptômes de dilatation aiguë de l'estomac. Le malade meurt deux jours et demi après l'intervention, ayant cependant évacué par l'anus de grandes quantités de liquide noirâtre et fétide. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XV

Observation de Léo, Société d'Anatomie, Paris, juin 1921.

(Résumé.)

Femme de 62 ans, ayant une anse intestinale étranglée depuis trois jours. Anesthésie locale. A l'opération, vitalité douteuse de l'anse avec musculeuse épaissie.

Examen histologique (M. A. Gineyssi-Pellissier) :

Muqueuse assez bien conservée, sous-muqueuse distendue, par l'hémorragie, sang laqué, donc hémorragie assez ancienne antérieure à l'étranglement.

La couche musculaire a ses faisceaux distendus par l'œdème; par places, grandes hémorragies diffuses. Hémorragie au niveau du mésentère. Des coupes perpendiculaires à l'axe des vaisseaux montrent des veines complètement thrombosées et des artérioles moins complètement bloquées.

Suites opératoires aussi bénignes que celles d'une hernie simple.

OBSERVATION XVI

Lésion grave du mésentère dans la hernie étranglée.

Observation de Fiolle, ex. Bull. et mémoires, Société de chirurgie, 1919.

Il s'agit du huitième cas, publié de désinsertion mésentérique avec oblitération totale des vaisseaux du mésentère.

Mme S..., 62 ans, sans profession, accuse le 23 avril 1915, des douleurs abdominales légères, quelques nausées, un seul vomissement, le ventre est souple. Le médecin appelé ne constate rien d'anormal dans les régions herniaires.

Emission de quelques gaz par l'anus et même une selle peu abondante. La hernie est complètement méconnue.

L'état général est stationnaire jusqu'au 27. Le pouls est bien frappé, le ventre est encore souple, mais la constipation est absolue et les tiraillements abdominaux sont plus violents. Rien n'attire l'attention du côté de l'aine. La malade ignore qu'elle a une hernie. Vomissements bilieux.

Le 27, surviennent des vomissements nettement fécaloïdes. On pense alors à une occlusion, mais la malade en signalant une gêne à la racine de la cuisse droite, permet au médecin de découvrir profondément masquée par le tissu adipeux, très développé, une tumeur petite et dure. Le médecin conseille l'intervention d'urgence. La malade m'est amenée le 28, à 17 heures. Malgré un pouls à 90, bien frappé, elle me paraît profondément intoxiquée, la face est terreuse, les vomissements sont franchement fécaloïdes et incessants. Petite hernie crurale droite marronnée.

D'une façon absolument certaine, aucun taxis n'a été pratiqué.

Intervention à 17 h. 30, sous éther, la malade s'opposant à l'anesthésie locale.

Le sac est incisé, il ne contient pas de sang, mais seulement quelques gouttes de sérosité claire. Une anse intestinale est étranglée avec une frange épiploïque. L'anneau crural est incisé et le contenu de la hernie complètement libéré.

Je m'aperçois alors, en amenant très aisément l'intestin que le *mésentère est complètement désinséré à* 2 *ou* 3 *millimètres de l'anse sur* 8 *centimètres environ.*

L'anse libre est flottante et congestionnée, noirâtre, mais elle paraît encore vivante, sauf sur une zone large comme une pièce de 50 centimes, où la paroi s'affaisse et ne réagit pas au sérum chaud. En dehors de cette petite plaque de sphacèle commençant, il n'y a pas de troubles visibles de la nutrition de l'anse. En débridant largement l'anneau, j'arrive facilement à bien exposer la tranche supérieure du mésentère

et je suis très étonné de constater qu'elle est absolument étanche. *Il ne coule pas une goutte de sang, les vaisseaux mésentériques sont thrombosés.* Le mésentère est assez long et descend bas dans le sac. Je pose cependant quelques ligatures, ce que je suis forcé de faire un peu au hasard (vaisseaux peu visibles), puis je résèque largement l'anse privée de vaisseaux, ainsi que son mésentère, et je fais une anastomose termino-terminale.

Résection du sac. Suture avec drainage, sérum, huile camphrée, etc...

Durée de l'opération, 35 minutes environ.

Après l'intervention, le pouls est encore bien frappé, mais les vomissements continuent et la malade succombe le lendemain, à 2 heures, avec des symptômes de stercorémie.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de thrombose mésentérique avec étranglement herniaire n'a, dans les cas que nous avons rapportés, jamais été porté de façon précise avant l'intervention.

Nous allons tacher de mettre ici en relief les symptômes qui peuvent, au moins, donner des raisons de probabilité en faveur de la co-existence de l'infarctus avec une hernie irréductible ou étranglée.

Le problème que nous nous posons peut s'établir ainsi :

Nous nous trouvons en face d'un homme qui nous est envoyé par son médecin pour hernie étranglée. Sommes-nous bien en présence d'un tel cas ?

Dans un premier groupe de faits, la hernie n'a pas été réduite.

En faveur du syndrôme étudié, nous noterons du côté de la hernie : une tension peut-être plus faible qu'il n'est coutume, une irréductibilité moins absolue, une douleur moins localisée, un collet plus large. Du côté de l'abdomen, les douleurs sont plus violentes; les signes d'occlusion apparaissent après les douleurs; ils sont peu nombreux au début. Les vomissements, surtout, font parfois défaut; les anses intestinales ne se contractent pas sous la paroi. Le ballonnement est moins marqué que dans le cas d'une hernie

étranglée banale; enfin, il y a dès le début une contracture légère de la paroi.

Ces signes, s'ils étaient au complet, pourraient peut-être faire porter un diagnostic précis, mais, la plupart du temps, il n'y en a que quelques-uns, si bien que, sauf de très rares exceptions, on ne pourra qu'émettre l'hypothèse de l'infarctus mésentérique et se contenter d'un doute. Cette hésitation n'aura, d'ailleurs, qu'une importance relative puisque la conduite à tenir sera la même dans les deux cas.

Dans d'autres cas, c'est l'étranglement herniaire qui est douteux. En effet, la hernie est peu douloureuse, il n'y a pas eu de modification à son niveau notée par le malade. Les phénomènes abdominaux, eux, au contraire, sont très intenses. Le problème qui se pose est de savoir si la hernie est en cause ou si ce n'est qu'un épiphénomène au cours de cette occlusion intestinale.

Enfin, dans un dernier groupe de faits, il y a occlusion intestinale persistante après la réduction de la hernie.

Trois hypothèses sont à envisager :

1° La réduction en masse : mais ici on trouve une tumeur plus ou mons volumineuse, mais nettement limitée au-dessus de l'ancien trajet herniaire, ce qui n'est point le cas dans les faits cliniques que nous avons étudiés.

2° La hernie a été réduite, et les désordres qui persistent sont dus à des altérations de l'anse herniée. Mais alors ce sont généralement des signes de péritonite beaucoup plus nets qui forment le tableau symptômatique.

3° La hernie n'était pas la cause principale des accidents. Ce sont les cas que nous avons étudiés.

CHAPITRE VIII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomie pathologique, qu'avons-nous à retenir ?

Il existe une hernie, il s'agit le plus souvent de hernie inguinale (un cas de hernie crurale) siégeant aussi bien à droite qu'à gauche, avec cependant prédominance à droite (huit cas à droite contre quatre à gauche). Le plus souvent elle est volumineuse (tête d'adulte Stoehlin, deux poings Brin Loubat, un poing Loubat Chenut, volumineuse sans plus de précision, Brin, Patel, Thouvenin).

Le sac, à l'incision, présente les caractères d'une inflammation légère. Il n'est pas très épaissi. Il renferme une quantité de liquide peu importante le plus souvent, rarement séreux, dans presque tous les cas séro-hématique ou franchement hématique; ce liquide, d'ailleurs, est semblable à celui qui existe dans la cavité abdominale et qui continue à s'écouler par l'anneau herniaire.

Le sac a été trouvé à sa place normale, vide avec simplement un peu de liquide péritonéal dans tous les cas où l'on a opéré précocement, soit dans la crainte d'une réduction en masse, soit à la suite de la persistance des phénomènes d'occlusion. Il n'avait donc pas été réintégré dans l'abdomen, comme on le trouve au cas de réduction en masse

de la hernie. Les sept fois où il existait cliniquement un étranglement herniaire on a trouvé dans le sac une anse intestinale présentant l'aspect classique du boudin.

En se portant au collet du sac herniaire, le chirurgien constate que celui-ci n'est pas serré : sans débridement préalable, un doigt ou même deux doigts (Thouvenin) passent avec la plus grande facilité dans la cavité abdominale et font le tour de l'anse herniée. Les parties sus et sous-jacentes à l'anse herniée se laissent attirer avec la plus grande aisance au dehors et sont normales (Brin, Thouvenin) ou présentent des lésions en tous points comparables à celle de l'anse herniée. Sur cette dernière, on ne trouve point trace d'anneau de striction, lésion si nette dans le cas banal d'étranglement intestinal.

L'intestin attiré hors de la cavité abdominale présente des lésions hors de proportion avec le volume de la hernie étranglée ou avec la durée de l'étranglement.

Ce sont les lésions ordinaires de l'infarctus mésentérique, lésions sur lesquelles nous n'insisterons guère et qui sont bien connues à la suite des différents travaux publiés sur l'oblitération des vaisseaux mésentériques. Notons toutefois que nous n'avons jamais rencontré la forme gangrène ischémique de Springel.

Ces lésions consistent en altérations de la paroi intestinale plus ou moins étendues avec aspect noirâtre succulent qui a fait comparer l'intestin à du boudin; dans la plupart des cas nettement limitées et correspondant aux lésions mésentériques : mésentère noir infiltré de sang plus ou moins épaissi, suivant les cas, dans une zone triangulaire à sommet vertébral.

Ces altérations sont caractéristiques, ainsi que les lésions artérielles ou veineuses qui conditionnent l'infarctus.

Notons à côté, dans nos observations, quelques particularités. Tout d'abord, le siège de l'infarctus. Contrairement aux données classiques qui veulent que les lésions siègent, au cas d'infarctus limité, sur le duodénum ou le début de

la portion libre jéjuno-iléale, c'est, dans les faits que nous rapportons, la partie terminale de l'intestin grêle qui est frappée.

Notons, en plus, que les derniers centimètres de l'iléon, qui ont une vascularisation semblable à celle des côlons, sont respectés, mais qu'ils peuvent parfois devenir, secondairement, le siège d'un rétrécissement. (Malade de Loubat revu par Parcelier et Mangé).

La zone d'intestin infarci n'est pas toujours nettement délimitée. Il y a parfois une zone de vitalité douteuse d'étendue assez importante (Loubat). La présence de cette zone peut, sans doute, contribuer à expliquer la perforation intestinale du segment sus-jacent à la thrombose du malade de Courbin.

L'étendue des lésions est très variable, de quelques centimètres à un mètre cinquante et même plus.

Il s'agit enfin dans tous les cas de thrombose d'origine locale puisque nous ne relevons dans les antécédents des malades aucune cause d'embolie aseptique ou infectieuse. Dans un cas (Loubat), nous avons rencontré, surajoutées, des lésions de mésentérite rétractile très ancienne sur l'anse herniée.

CHAPITRE IX

ÉTIOLOGIE

Les notions étiologiques que nous pouvons dégager sont peu nombreuses. C'est tout d'abord la rareté de ce complexus morbide. En effet, en dehors des six cas inédits sur plus de deux cent quatre-vingt observations d'oblitération mésentérique dépouillées, nous ne l'avons rencontré que sept fois. C'est une proportion très faible et on doit considérer ces accidents comme exceptionnels si l'on se rappelle la rareté des thromboses mésentériques (deux cas sur trente-cinq mille admissions chirurgicales d'après Roos; douze cas en treize ans à l'hôpital général de Massachussets sur quatre mille opérations par an, d'après Georges Skehan).

Tous les malades sauf un sont du sexe masculin. La plupart sont des hommes ayant dépassé la soixantaine. De l'étude de leurs antécédents, on ne peut guère dégager de notions étiologiques précises.

Cependant, nous sommes en droit de nous demander si la mésentérite rétractile (cas de Loubat) ne joue pas un rôle dans l'apparition des phénomènes, mésentérite que l'on pourrait rapporter aux phénomènes d'irritation chronique des anses qui habitent habituellement le sac herniaire.

Dans le cas d'infarctus localisé (Thouvenin, Philipowicz, Brin), il y a lieu de retenir que c'est juste l'anse herniée qui est thrombosée sans être, à proprement parler, étranglée et si dans ces cas le fait d'être dans cette position anormale (hernie) n'a pas amené, au niveau du système vasculaire de cette anse, des troubles qui ont facilité l'apparition de la thrombose.

L'artério-sclérose intervient sûrement, mais moins nettement cependant que dans les cas de thrombose mésentérique ordinaire puisque à côté d'hommes âgés, nous voyons des malades jeunes (vingt-cinq ans, trente et un ans, trente-six ans, trente-sept ans), aucun de ces derniers n'ayant présenté, avant l'infarctus, ces phénomènes douloureux abdominaux qui pourraient faire penser à l'artério-sclérose des vaisseaux mésentériques.

CHAPITRE X

ESSAIS DE PATHOGÉNIE

Exposer des faits cliniques est en médecine relativement facile; les interpréter l'est déjà beaucoup moins, tâcher d'en expliquer les causes et les origines est difficile, parfois même impossible. Malgré cela, nous allons essayer de dégager des pages précédentes quelques notions de pathogénie.

On peut se demander :

1° S'il s'agit simplement d'une coïncidence : un homme porteur de hernie fait une thrombose mésentérique; il n'y a aucune relation entre ces deux affections. Cette hypothèse peut être exacte dans certains cas et il semble bien que le malade de Loubat, qui avait cette hernie crurale irréductible, a fait une thrombose mésentérique tout à fait indépendante de l'irréductibilité de cette hernie.

2° Est-ce que le fait d'être porteur d'une hernie prédispose à l'infarctus intestinal ?

Bien qu'aucun fait précis ne puisse nous autoriser à penser que la hernie est la cause efficiente de la thrombose mésentérique, nous pourrons cependant y voir tout au moins une cause favorisante.

En effet, le fait, pour un intestin, d'habiter un sac herniaire amène sûrement des troubles de circulation au ni-

veau de ses vaisseaux. De plus, il est à remarquer que nous avons pu réunir un nombre relativement considérable d'observations vu le peu de fréquence des cas d'oblitération des vaisseaux mésentériques.

Enfin, dans le cas de Loubat, nous avons vu qu'il existait de la mésentérite rétractile au niveau des anses herniées, mésentérite rétractile due sans doute à l'irritation chronique légère de ces anses intestinales herniées non contenues ou mal contenues par un bandage.

Il est admis aujourd'hui que la mésentérite rétractile favorise l'infarctus intestinal.

3° Maintenant, c'est la question la plus difficile qui reste à résoudre.

Dans quel ordre les accidents se produisent-ils ?

Est-ce qu'il existe un étranglement herniaire réel sur un intestin déjà prédisposé qui donnera à la suite de cette cause mécanique et infectieuse une thrombose de ses vaisseaux ou bien la thrombose est-elle primitive et l'intestin s'étrangle-t-il secondairement par suite de son augmentation de volume ?

Nous croyons que les deux hypothèses sont vraies, l'une et l'autre suivant les cas. En effet, nous avons rencontré des thromboses localisées à l'anse herniée; dans ce cas il doit y avoir au moins gêne au niveau de l'anse herniée, et secondairement thrombose. Dans d'autres, nous avons rencontré des lésions beaucoup plus étendues et même nous avons vu apparaître la hernie après le début des accidents (cas de Patel) et alors nous pouvons considérer que la thrombose a été primitive et que la hernie n'a, en quelque sorte, que joué le rôle de porte de sortie pour l'intestin malade. Cet intestin augmentant de volume ne peut plus rentrer dans la cavité abdominale et ainsi s'étrangle.

La hernie, dans tous ces cas, peut être donc considérée comme providentielle, puisqu'elle a attiré l'attention sur un syndrome qui, sans cela, n'aurait été diagnostiqué que beaucoup plus tardivement.

CHAPITRE XI

PRONOSTIC

Il semble que, dans les cas que nous avons envisagés, la présence d'un syndrome d'étranglement herniaire a amélioré le pronostic de la thrombose mésentérique.

En effet, le chirurgien a été incité à intervenir et l'opération a été acceptée par le malade avec la plus grande facilité.

Dans les six cas où l'intervention a été précoce, la guérison a été la règle. Nous avons eu un succès opératoire constant avec une guérison constante et durable.

Dans les cas au contraire où l'on hésite, soit que le malade arrive tardivement à l'opérateur, soit que la hernie ayant été réduite il y ait persistance des phénomènes d'occlusion, nous trouvons sur un ensemble de 9 cas, 3 guérisons, 5 morts, et un résultat ignoré, probablement mauvais, si bien que nous pouvons dire :

66 % de mortalité,
33 % de guérison.

ce qui se rapproche sensiblement du pronostic de l'infarctus intestinal traité chirurgicalement.

En somme nous pouvons considérer l'étranglement herniaire, dans les cas où le syndrome clinique est net, comme providentiel pour le malade puisqu'il permet une intervention beaucoup plus précoce et permet de le sauver.

CHAPITRE XII

TRAITEMENT

Le traitement ne présente pas de particularités bien importantes. Lorsque l'affection se montre sous le masque d'étranglement herniaire, l'indication opératoire est classique, formelle. Le chirurgien intervient au niveau de la hernie. Dès l'ouverture du sac, il confirme son diagnostic, pratique une hernio-laparatomie et se conduira suivant les règles établies dans le cas d'infarctus intestinal. Si la hernio-laparatomie ne lui donne pas assez le jour, il n'hésitera pas à fermer son incision primitive et à en pratiquer une seconde, qui sera une incision de laparatomie médiane sous-ombilicale.

Ce seront les mêmes règles qui guideront le chirurgien lorsque, après la laparatomie, il rencontrera l'anse infarcie réduite par le taxis.

Peut-on comme Brin réintégrer l'intestin malade, abandonnant le patient à ses chances bien minimes de guérison spontanée, même s'il s'agit d'un infarctus très localisé ? Malgré le cas heureux de ce chirurgien, cette conduite n'est pas défendable.

Il n'y a en réalité que trois méthodes en présence :

1° Extériorisation de l'anse avec fixation des extrémités saines à la paroi.

2° Résection de l'anse et abouchement des deux bouts à la peau avec mise en place ou non de tubes de Paul.

3° Résection de l'anse et rétablissement de la continuité du tractus intestinal.

Nous croyons que la troisième méthode est la préférable à condition que la résection porte sur un tissu intestinal sain, nettement au delà des limites de l'infarctus, et que la résection mésentérique ne dépasse pas les limites du mésentère correspondant au segment enlevé.

C'est cette méthode qui a donné les meilleurs résultats et c'est presque la seule qui ait été employée.

CONCLUSIONS

I. — Le chirurgien, dans les cas que nous avons étudiés, se trouve en présence d'un syndrome d'occlusion intestinale coexistant avec des modifications du côté d'une hernie préexistante ou apparaissant dans le décours des phénomènes morbides.

Ces modifications simulent d'une façon plus ou moins parfaite l'étranglement herniaire; mais les symptômes accusés par le malade prêtent à la discussion de ce diagnostic et il y a doute. L'intervention est décidée et à l'ouverture du sac on trouve de l'intestin grêle infarci sur une longueur plus ou moins considérable, de quelques centimètres à plus de trois mètres. Cet intestin se trouve non seulement dans le sac herniaire, mais encore dans la grande cavité péritonéale.

II. — Le diagnostic de ce syndrome est pratiquement le plus souvent impossible; cependant, on pourra le soupçonner en remarquant l'intensité des symptômes généraux et abdominaux comparés au peu d'importance des phénomènes du côté de la hernie.

III. — La pathogénie et l'étiologie de ces accidents n'est pas très nette. Notons la prédisposition du sexe masculin; le fait qu'il s'agit dans tous les cas de hernies volumineuses

non contenues ou mal contenues par un bandage. Mais l'accident principal est constitué par le thrombose, l'étranglement herniaire ne paraît que secondaire et, le plus souvent, il ne s'agit que d'une apparence d'étranglement, la hernie étant simplement distendue par une anse infarcie.

IV. — Le pronostic semble amélioré du fait de la présence de « *cette hernie providentielle* » qui permet une intervention précoce.

V. — Le traitement sera celui de l'infarctus mésentérique ordinaire, c'est-à-dire la résection intestinale avec section du coin mésentérique correspondant et suture intestinale rétablissant la continuité du tube digestif.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
G. CHAVANNAZ

Vu :
Le Doyen,
C. SIGALAS

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 12 Décembre 1928
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHAVANNAZ et GUYOT. — *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, 1913.

MAUCLAIRE et JACOULET. — *Archives générales de chirurgie*, 1908.

SAUVE. — *Journal de chirurgie*, novembre 1910.

LAROYENNE. — *Gazette des Hôpitaux*, 1907.

GALLAVARDIN. — *Gazette des Hôpitaux*, 1901.

LAGANE. — *Thèse*, Paris, 1911.

TARAVELLIER. — *Thèse*, Lyon, 1910-11.

HÉBERT DE LA ROUSSELIÈRE. — *Thèse*, Paris, 1913-14.

FIOLLE. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1919.

LÉO. — *Société d'Anatomie de Paris*, juin 1921.

THOUVENIN. — *Archives médicales d'Angers*, 1923.

LEWY-WEISSMANN. — *Gazette des Hôpitaux*, 1924.

BRETON. — *Presse médicale*, 1926.

BRADY. — *Archives of surgery Chicago*, 1923.

R.-G. LOOP. — *The Journal of American Medical Association*, 1921.

ZESAS. — *Centralblatt für die Greuzgeb. der Med. und Chirur., Iena*, 1910.

PHILIPOWICZ (Czernowitz). — *Zentralblatt für Chirurgie*, 1923.

STOEHLIN. — *Annals of Surgery*, 1907.

Nous renvoyons pour plus de détails sur la bibliographie de l'infarctus intestinal aux mémoires et travaux déjà cités et spécialement aux travaux de

MM. : CHAVANNAZ et GUYOT,
ZEZAS,
SAUVÉ,
MAUCLAIRE et JACOULET,
TARAVELLIER,
LEWY-WEISSMANN.

Imp. Al. Ségalas-Bérou, 34, R. Ste-Colombe, Bx.